

Title	臨床瑣談
Author(s)	
Citation	日本外科宝函 (1939), 16(3): 447-465
Issue Date	1939-05-01
URL	<a href="http://hdl.handle.net/2433/205012">http://hdl.handle.net/2433/205012</a>
Right	
Type	Others
Textversion	publisher

## 臨 床 瑣 談

### 肺動脈撮影法ノ經驗

石 野 琢 二 郎 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

肺動脈撮影法ハ1929年 = Werner Forssmann ガ、右心房ノ中ニカテーテルヲ挿入スルコトニ成功シ、1931年 Egas Moniz ハ此ノカテーテルヲ通ジテ造影劑ヲ注入スルコトニ成功シタノガ最初デアル。

彼ガ行ツタ方法ハ、左ノ上膊靜脈ヨリ長サ70釐位ノ輸尿管カテーテルヲ入レ、腋窩靜脈ヨリ左ノ無名靜脈ヲ通シ、上行大靜脈ヨリ右心房又ハ右心室ニ達セシメ(此ノ間約35—40釐)、120—150%ノヨードナトリウムヲ10—12 ccm 急速ニ注入スルノデアル。注入サレタ造影劑ハ10%ノ割合ニ血液中ニ混ジ右心室ヨリ左右ノ肺動脈ニ送り出サレ、樹枝狀ノ肺動脈ヲ撮影シ得ルト言フノデアル。

此ノ方法ハ輸尿管カテーテルガ細イタメニ急速ニ造影劑ヲ注入シ難イコト、又、左内頸靜脈、右無名靜脈ニ迷入スルコト等不便ノコトが多い。

我々ノ行ツタ方法ハソノ改良法ニ依ツタモノデアル。

造影劑ハ120%ヨードナトリウムヲ用ヒ、右ノ内頸靜脈ヲ露出シ、Nr. 7 ネラトン氏カテーテルノ豫メ煮沸消毒セルモノヲ5%枸橼酸ナトリウムニテヨク洗滌シ、空氣ノ流入セザル様内頸靜脈内ニ挿入スル。殆ド抵抗ナク挿入シ得ルガ約25釐ニシテ抵抗ヲ感ジ輕イ搏動ヲフレル。此ノ時カテーテルノ尖端ハ右心房又ハ右心室ニ挿入セラレタ時デアル。

直ニ120%ヨードナトリウムヲ10—13 ccm ヲ注射器ニテ出來得ル限リ速ニ注入ス。注入シ了ツテ後1.5秒(2秒以內)ニテ瞬間的ニ撮影スレバ肺動脈ヲ末端ニ至ルマデ撮影シ得ラレル。

造影劑注入後約2秒ニシテ一過性ノ痙攣性ノ咳嗽ヲ來シ、呼吸困難ト同時ニ患者ハ呼吸ガ出來ナイト言ツテ悶へ、強イ苦味ヲ感ジ、又強イ胸痛ヲモ來ス。シカシ數分ニシテ此ノ發作ハ止ミ平靜トナルガ、タゞ苦味ノミハ2時間乃至3日間ニ互リ殘留シ、苦味アル咳嗽ヲ出ス。

胸部ニハ全ク異常ナク注入後ラツセル等ヲ聞カナイ。

注入シ終レバ直チニカテーテルヲ拔キ、二重結紮ヲ行ヒ止血ス。内頸靜脈結紮後1例ハ何等障礙ハナカツタガ1例ハ2日間右頭部ニ重壓感ガアツタ。

左ノ内頸靜脈カラ入レタモノハ、ソノ解剖學的ノ關係ヨリカテーテルハ右心房ヲ通過シテ下行大靜脈ニ入り易ク、下行大靜脈ニ於テ注入スレバ寫眞ノ如ク肝靜脈、橫隔膜靜脈等ニ逆流シ靜脈像ヲ呈スル。

此處ニ示ス例ハ、

福○直○、51歳ノ男子

右頭部ト背部ニ無痛性腫瘍ガアリ、咳嗽、咯痰ノアル患者デアルガ、縱隔竇腔ガ幅廣クナリ、右ノ上肺葉

ニハ濁音ヲ呈シ、呼吸音ハ微弱デ、肺臓癌ト考ヘラレタモノデアル。

レ線検査：胸部ノ單純撮影ヲナスト、上縦隔竇腔ニ腫瘍像ガアリ、氣管ヲ左方ヘ壓排シ、肺門ヨリ上葉ニカケテ其ノ後側ニ境界不鮮明ナ陰影ガアル。瀰漫性ニ浸潤ノアルコトヲ物語ルモノデアツテ、肺自體ニ限局シタ腫瘍ノ存在即チ癌ノ存在ヲ示スモノデハナイ。

又タ<sub>L</sub>ブロンコグラフィー<sub>L</sub>ヲ見ルニ、右上葉ノ氣管枝ハ腫瘍ニテ壓セラレ細クナツテ居ルガ、内腔ハ平滑デ氣管枝粘膜カラ發シタ腫瘍デナイコトガ分リ、肺臓ハ浸潤ノミト考ヘラレルノデアル。

肺動脈撮影ニ依レバ、左肺ノ動脈像ハ全ク正常デアルノニ右肺ノ上葉ニハ全然血管ガアラハレテ居ナイ。即チ肺門部ニテ既ニ肺動脈上葉枝ハ閉鎖サレテ居ル像ヲ呈シテ居ル。即チ縦隔竇腔腫瘍ノ肺ヘノ浸潤ハ血管及ビ氣管枝ニ沿フテ進行スルモノデアルガ、本例モ亦タ同様デアツテ、ソノ浸潤ノタメ動脈ハ全ク壓縮サレテ閉塞シテ居ルコトヲ示シテキル。

開胸手術ニ依リ検査スルニ、縦隔竇腔ニハ手拵大以上ノ彈性硬ノ腫瘍ガアリ、肺門ヨリ右上葉ニカケ、中心性ニ硬結ヲ觸レ、周邊ニハ強イ變化ヲ見ズ、全ク縦隔竇腔ニ初マリ氣管枝周囲ニ及ビ血管ニ沿フテ擴ツタ腫瘍デアツタ。

結 論： 1) 肺動脈撮影ハ操作モ比較的簡單デ、且ツ患者ニハ全ク無害デアツタ。2) 比較的鮮明ナル血管像ヲ得、肺腫瘍ノ所在、血管ノ分布、血管態度及ビ狀態ヲ知ルニ有效デアツタ。3) 一般肺臓疾患ニ應用シテ可ナリト信ズル。

## 手術時<sub>L</sub>メニンギオーム<sub>L</sub>ト誤認サレタル矢狀竇外膿瘍

荒 木 千 里

千〇傳〇、40歳、男

現病歴：2週間前右下腿ガ急ニ動カクナツテ、且ツ<sub>L</sub>シビレ<sub>L</sub>タ感ガシタ。焚火デ温メタラ動く様ニナツタガ<sub>L</sub>シビレ<sub>L</sub>感ハ去ラズ、却ツテ増惡シタ。5日前ニ餅ヲツイタ所ガ、急ニ右半身ガ動カクナツタ。ソノ後鼻根部又ハ右顙頂部ニ頭痛ヲ來ス様ニナツタ。

現 症：榮養、體格中等度。神經學的ノ陽性所見トシテハ 1) 左顙頂部後方正中線ニ接シテ約手掌大ノ部分ニ著明ナル壓痛ヲ訴ヘル。併シソノ部ニ骨ノ變化ハ觸知シ得ナイ。2) 兩側ノ嗅覺障礙。3) 右體半側ニ運動障礙及ビ知覺障礙ガアル。イヅレモ身體下部ニ向フ程高度デアツテ且ツ知覺障礙ノ方ガ運動障礙ヨリモ強イ。運動麻痺ハ弛緩性デアルガ腱反射ハ多少亢進シテキル。併シ異常腱反射ハナイ。知覺麻痺ハ觸覺、痛覺、溫度覺ニ於テ輕度ニ現ハレテキルノミナラズ、更ニ之ヨリモ遙ニ高度ニ深部感覺ガ侵サレテ居テ、右下肢デ股關節、膝關節、足關節、趾關節ノ運動ハ全ク知覺サレナイ。又右手指ノ運動モワカラナイ。且ツ右手ニハ著明ナル立體覺障礙及ビ腦皮質性知覺障礙ガ立證サレル。即チ知覺麻痺ノ有様ハ腦皮質性ニ相當スル。4) 視力ハ左右トモ正常視野ニ變化ナシ。又視血乳頭ナシ。5) 頭蓋<sub>L</sub>線像ニ變化ハナイ。

以上ノ所見特ニ知覺、運動障礙ノ狀態ヨリ、大體ローランド氏溝後寄り且ツ正中線ニ近ク即矢狀竇外ニ病變ガアルト考ヘラレル。病變ノ性質トシテハ發病ガ僅ニ2週間前デ而モ急激ニ起ツテ居ル所カラ腦出血乃至軟化ガ先ヅ考ヘラレル。併シ出血ニシテハ後遺症狀ガ強イ割ニ發作時ノ一般腦症狀ガ輕過ギルシ、又發作後何等輕快ノ傾向ヲ示シテキナイ點ガ少シオカシイガ、腦出血ヲ完全ニ除外スルコトハ出來ナイ。次ニ腦腫瘍デモ此例ノ如ク急激ニ症狀ヲ發スルモノガアリ、殊ニ惡性ノ<sub>L</sub>グリオーム<sub>L</sub>即チ<sub>L</sub>グリオブラストーマ・ムルチフォルメ<sub>L</sub>デハ急ニ發病スルモノガ取テ稀シクナイ。ソレニ<sub>L</sub>グリオーム<sub>L</sub>ガ矢狀竇外ノ腦實質内ニ生ズルコトモ稀シクナイカラ、<sub>L</sub>グリオーム<sub>L</sub>ノ疑ガ可ナリ濃厚デアル。併シ矢狀竇外腫瘍トシテハ一般ニ<sub>L</sub>メニンギオーム<sub>L</sub>ガ最も多イモノデアルカラ、之モ考慮ニ入レネバナラス。唯<sub>L</sub>メニンギオーム<sub>L</sub>ハ通常經過ノ非常ニ長イ良性ノ腫瘍デアツテ、此例ノ如ク急性症狀ヲ呈スルコトハ少イ。兎ニ角此等ノ可能性ヲ念頭ニ置イテ、診斷ヲ確カニスル爲ニ腦室撮影ヲ行ツタ。スルト左ノ側腦室特ニソノ後角部ガ上方カラ強ク壓迫サレテ居リ、

且ツ右側ハ移動シテキルコト、即チ左ノ矢狀竇外腫瘍ノ所見ヲ見出シタ。

手術：左顳頂・後頭部開頭術。後中心廻轉後部ニテ矢狀竇外ニ發生シタ鵝卵大ノ「メニンギオーム」ト思ハル腫瘍デアツタ。腫瘍ハ中心部ガ軟化シテ波動ヲ證明スル。正中線部デハ腫瘍ハ表面ニ現ハレテ硬膜、矢狀竇、鎌狀膜ト強ク癒着シテキルガ、其他ノ部分ハ腦實質ニ蔽ハレテ居ル。矢狀竇ト最も強ク癒着セル一部分ヲ除キ腫瘍ヲ癒着硬膜ト共ニ剔出。次イデ殘存硬膜ヲ瓣狀ニ切開シ捻轉ノ上、腫瘍剔出後ノ腦缺損部ヲ被覆シ、骨瓣ヲ整復シテ手術創ヲ閉鎖ス。

腫瘍ノ組織學的所見：肉眼的ニハ「メニンギオーム」ト思ハレタガ、組織學的ニハ意外ニモ陳舊性ノ腦瘍デアツタ。膿ハ既ニ漿液性トナツテ居リ、膿瘍壁ハ0.5釐以上ノ硬化層ヲ作ツテ居テ健康腦實質トノ境界ガ極メテ明確デアツタ爲ニ、手術時「メニンギオーム」ノ中心軟化セルモノト判斷サレタノモ、位置ガ位置ダケニ無理カラヌ事デアツタ。

術後ノ經過ハ全く順調デ術後17日ヲ經過シタ今日右 upper 肢ノ運動障礙ハ著シク恢復シ術前ヨリモ良好トナツテ居リ、右下肢ノ運動ハ術直後甚シク侵サレ其後漸次恢復シテ今日デハ略術前ノ程度ニ達シテ居ル。知覺障礙ハ今ノ所術前ト大差ナイ。スベテ日ヲ追フテ輕快シツツアルカラ此等ノ障礙モ今後次第ニ更ニ輕快ニ赴クデアラウト思フ。

本例ノ膿瘍ノ原發竈ハ何處カ。耳鼻科的ニ何處ニモ化膿竈ハ證明サレヌ。腦膿瘍ガ一般ニ原發竈ノ近クニ發生スル事カラ考ヘルト、頭蓋軟部正中線ニ近イ一寸トシタ感染カラ導血管(Emissarium)ヲ通シテ内部ニ及ンダモノデハアルマイカ。

本例ガ膿瘍ト判明シテ見ルト、手術時内容ノ一部ガ頭蓋腔内ヘ漏レタニモ拘ラズ、何等腦膜炎ヲ思ハス症狀ヲ續發スルコトナク、又手術創ノ感染モナクシテ順調ニ全治シタ事ハ、アマリニモ僥倖ト云ハネバナラス。陳舊性膿瘍ナルガ故ニ既ニ無菌的トナツテ居タモノト考ヘルヨリ外ハナイ。

尙本例ノ膿瘍ガ何時カラアツタモノカ。標本ノ所見カラスレバ之ハ可ナリ古イモノデアル。1ヶ月ヤソコロデコノ様ナ厚ク硬イ膿瘍膜ガ形成サレ、内容ガ無菌的トナル事ハ考ヘラレヌカラデアル。サスレバ此患者ハ2週前迄相當ノ長期ニ亙ツテ膿瘍ノ存在ニモ拘ラズ全く無症狀ニ經過シテ來タ譯デアルガ、ソレガ今ニナツテ如何ニシテ急ニ症狀ヲ呈シタノデアラウ。手術所見及ビ標本所見カラ此説明ニ關スル何等ノ手懸リヲモ見出シ得ナカツタ。同ジ事ガ腦腫瘍(特ニ「グリオーム」)デモ知ラレテ居ル。即チ元來徐々ニ發病スベキ腦腫瘍ガ急性症狀ヲ以テ突然發病スル事ガアリ、從來之ヲ腫瘍内出血ニ起因スルト考ヘタガ、Cushingノ材料デ Oldbergガ調ベタ結果ハ、腫瘍内出血ガアツテモナクテモ、急性發病ノ割合ハ大シテ違ヒナイノデアル。如何ナル原因ニヨルノカハ腫瘍ノ場合ニモ明デナイ。本例ノ場合モ全く不明デアル。

(本例ハ急性症狀ヲ呈セル矢狀竇外「メニンギオーム」ナル演題ニテ昭和14年3月20日京都外科集談會ニテ報告セルモ、ソノ後膿瘍ナルコト確定セル爲、標題及ビ内容ニ變更ヲ加ヘタルモノナリ)。

## 小腦々橋隅角部腫瘍ト鑑別スベキ一側性多發性腦神經炎

荒 木 千 里

最近數例ノ經驗カラ小腦々橋隅角部症候群即チ一側ノ VII, VIII ヲ中心トスル腦神經ノ麻痺

及ビ小腦障碍ヲ思ハスル失調症ガ、腫瘍ニ非ザル炎症性病變デ現ハレル事ヲ知り、隅角部腫瘍ノ診斷上留意スベキコトト痛感シタ。以下之ニ就イテ簡單ニ述ベテ見タイ。

第 1 例：大〇景〇，8 歳，女兒（昭和 14 年 6 月 初診）

2 週間前ニ 38°—39°C ノ發熱ヲ來シ 2—3 日デ下熱シタガ其後數日ヲ經テ顔ノ右半ガ歪ミ且ツ舌ガ廻リ難クナツタ。

現 症：i) 右顔面神經ノ末梢性麻痺，ii) 右耳ノ難聴，iii) 右三叉神經麻痺（知覺枝，運動枝トモ），iv) 右舌咽神經，迷走神經ノ不全麻痺，v) 右舌下神經ノ完全麻痺，vi) 眼球震盪，運動失調症ハナイ。要之右 V, VII, VIII, IX, X, XII 腦神經麻痺ヲ呈シテキル。小腦症狀ハコノ例デ現ハレテキナイ。

此例デハ發熱ニ引續イテ急性ニ症狀ガ始ツテ居ルカラ，無論炎症性ノ病變ト考ヘラレル。唯所謂「ロイマチス」性顔面神經麻痺ト異ツテ顔面神經ノミデナク隣接セル一群ノ腦神經ガ右側デオカサレテ居リ，而モ運動性，知覺性ノ兩種ノ神經ガ犯サレテ居ル點ヨリ腦灰白質炎 (Polioencephalitis) ハ除外出來ルカラ，原因ハ兎ニ角腦神經根部ノ炎症即チ一側性多發性腦神經炎ト考ヘネバナラス。

此患者ニハ電氣療法ヲ行ツテ漸次輕快ニ赴キツアルガ，發病後約 3 ヶ月ヲ經過セル今日ニ於テ，舌下神經麻痺ガ最モ恢復シ難ク，次イデ三叉神經ノ恢復ガ惡イ。

第 2 例：宮〇圭〇，23 歳，女

約 4 ヶ月前ヨリ左ノ耳鳴，難聴ヲ來シ，其後 1 ヶ月デ左デハ普通ノ音ハ全く聞エナクナツタ。約 1 ヶ月前顔面左半側ノ感ジガ鈍クナリ，同時ニ顔ガ歪ニ來タ。頭痛眩暈ハナイ。

現 症：i) 左顔面神經末梢性麻痺，ii) 左聽力喪失及ビ左前庭神經麻痺，iii) 水平性眼球震盪症アリ，iv) 左三叉神經第 2 枝知覺鈍麻，v) Romberg 症候陽性デ左ヘ倒レル。又左足ニテ起立不能。但シ左デノ指鼻試驗ニハ障礙ハナイ。vi) 自覺ノニ頭部左半ニ頭痛ヲ訴ヘル。鬱血乳頭ハナイ。腦脊髄液ニモ變化ハナイ。

要之コノ例デハ左ノ V, VII, VIII 腦神經麻痺ガアリ，ソレニ體平衡ニ關スル失調ガ左側ニアリ，尙眼球震盪症ガアル。即チ隅角部症候群ト考ヘ得ル症候デアル。隅角腫瘍ノ代表的ナモノ即チ聽神經腫瘍トシテハ經過ガ少シ短カ過ギルガ，一應ハ之ヲ疑ツテヨイト思ハレル。唯腦壓亢進ヲ思ハシメル症狀ノ全然ナイノガ可怪シイノデ念ノ爲腦室盈氣撮影ヲ試ミタ（昭和 13 年 16/XII）。其結果ハ腦室ノ擴大，轉位等全く正常ナル腦室像デアツタ。ノミナラズ 40cc ノ空氣注入ノ際ソノ一部ハ容易ニ第 III 腦室→シルビウス導水管→第 IV 腦室ヲ經テ蜘蛛膜下腔ニ出デ頭痛，惡心ヲ惹キ起シタ。即チ腦脊髄液通路ノ何處ニモ通過障礙ノナイコトガ明カナデアル。之ハ聽神經腫瘍（其他ノ隅角腫瘍デモ同様）ニ一致シナイ。聽神經腫瘍，コトニソレガ聽神經ノミナラズ他ノ隣接神經ヲモオカシテキル様ナ時期ニハ，假令臨牀的ニ腦壓亢進症狀ガナクテモ，腦室像ノ上（乃至 ventricular estimation）デハ，導水管部ニ於ケル腦脊髄液通過障礙ノ結果トシテ多少トモ腦内水腫ヲ認メルノガ普通デアル (Dandy)。從ツテ本例デハ聽神經腫瘍其他ノ隅角腫瘍ハ先ヅ確實ニ除外サレ得ル。ソレデハ本疾患ハ一體何デアラウカ。矢張り慢性ノ多發性腦神經炎ト考ヘル他ナカラウト思フ。Romberg 症狀，眼球震盪等ハ前庭神經麻痺ノ結果トシテ現ハレ得ルモノデアルカラ，結局 V, VII, VIII 腦神經麻痺トイフコトデスベ

テノ症状ヲ説明シ得ル。ソレデハ如何ナル炎症デアラウカ。耳殻部ニ疱疹ヲ來ス Herpes zoster oticus ト云ハレル疾患 (Ganglion geniculatum ノ急性感染性炎症) ノ時ニ炎症ガ進ンデ V, VII, VIII, IX, X 脳神経ヲ侵スコトガ少クナイ。ソシテ Hunt ニヨレバコノ炎症デハ必ズシモ疱疹ガ現ハレナクテモ差支ナイノデアツテ、從來「ロイマチス」性ト云ハレテキル此等ノ神経ノ麻痺ハコノ Herpes zoster oticus ト同ジ感染炎症 (Head 及ビ Cambell ノ命名ニ從ヘバ acute poliomyelitis posterior) ニヨルト云フ。從ツテ本例モ疱疹ヲ伴ハザル Herpes zoster oticus デハナイカト一應考ヘラレルガ、ソレニシテハ發病ガ急性デナク、先ヅ聽神経、次イデ三叉神経、顔面神経ト1ヶ月以上ヲ經テ徐々ニ進行シテキル點ガ異ルト思フ。從ツテ差當リ單ニ一側性多發性脳神経炎ト呼ンデオク事ニスル。吾々ノ第1例ハ或ハ疱疹ノナイ Herpes zoster oticus ト考ヘラレルカモ知レナイガ、之モ舌下神経モ強ク侵サレテキル點ガソレニ一致シナイ。

第3例：室〇ト〇エ、18歳、女

コノ例ハ症候ノ上デハ更ニ小脳々橋隅角部腫瘍ト紛ラワシモノデアル。

現病歴：4年前強キ眩暈ヲ來セルコトアリテ爲ニ約10日間臥床セリ。當時左口角部ガ弛緩シ食物ガ漏出セリト云フ。治療ニヨリ此等ノ障碍ハ約3週ニテ消失ス。但シ其後モ1ヶ月ニ1回位輕キ眩暈發作ヲ來コトアリタリ。

約3ヶ月前ヨリ左ノ足ガ「フラツク」コトニ氣付ケリ。2ヶ月前ヨリ左難聴、左耳鳴ヲ來シ且ツ横ヲ向ク時ニ物ガ二重ニ見エル様ニナツタ。又顔面左半側ガ重イ様ニ感じガスル。最近ハ歩行ニ際シテ「ヨロメク」様ニナツタ。頭痛、嘔吐、顔面ノ疼痛ヲ覺エタルコトナシ。

現 症：i) 複視アリ、水平性及ビ迴轉性眼球震盪アリ。ii) 左三叉神経麻痺 (知覺枝及ビ運動枝)、iii) 左顔面神経末梢性麻痺、iv) 左蝸牛殻及ビ前庭神経麻痺、v) 左舌咽神経及ビ迷走神経不全麻痺、vi) 左舌下神経麻痺、vii) 左上下肢ノ低緊張、運動失調アリ、Romberg 陽性ニテ左ヘ倒レル。又歩行時左ヘ「ヨロメク」等小脳左半球障碍ヲ思ハスル症狀陽性。脊髄液ニハ變化ハナイ。

要スルニ左 III—XII 脳神経麻痺ト左小脳症狀ヲ呈シテキルノデアルカラ隅角部腫瘍ガ甚ダ疑ハシイ。而モ脳神経ガカクモ廣汎ニオカサレテキル所カラ見ルト腫瘍ハ相當大キナモノト考ヘネバナラス。而ルニ腦壓亢進症狀ハコノ例デハ全然ナイノデアル。即チ腦脊髄液壓ハ165デアツテ鬱血乳頭ハ全然ナイ。コノ點隅角腫瘍ニシテハ可怪シイ。併シ神経症狀ガアマリニ顯著デアルカラ、腦室撮影ヲ行フコトモナクシテ、兎ニ角手術的ニ開イテ見ルコトニシタ (昭和13年7/XII)。

結果ハ隅角部ニハ全然腫瘍ナク、又炎症性囊腫ラシキモノモ認メラレナカツタ。小脳左半球モ表面所見、穿刺ノ結果カラ見テ腫瘍ガ存在スルトハ考ヘラレナイ。ヨツテ其儘手術創ヲ閉鎖シタ。術後ノ經過ハ順調デ手術部ノ膨隆ハ全クナイ。術後38日目腰椎穿刺ニヨル Encephalographie ラ行フニ腦室ノ大サ形狀全ク正常デ擴大ハ少シモ認メラレナイ。

手術後4ヶ月ノ狀態デハ脳神経麻痺ハ殆ンド全部恢復シテキルガ左上下肢ノ運動失調症及ビ Romberg ガ尙或程度殘ツテキル。眼球震盪ハ尙甚ダ著明デ、殆ンド輕快ノ微ヲ認メナイ。

要之本例ハ第2例ヨリモ症狀更ニ顯著ナル多發性脳神経炎ト考ヘラレル。但シコノ例ノ小脳症狀ト思ハレタモノガスベテ前庭神経麻痺ノ結果トシテ現レタモノデアルカ否カニ就テハ尙若

干ノ疑ガアル。然シトニカクニモ症状ハ其後漸次輕快ニ赴キツツアルノdealカラ、手術所見ト照合シテ病變ガ急性性ノモノデアツタコト及ビ左ノ III—XII 腦神經ガ顯著ニオカサレテキタコトハ確實デアル。從ツテ顯著ナル病像ニ從ツテ本例ヲ多發性腦神經炎ト呼ンデモ先ツ差支ヘナイモノト考ヘル。

以上 3 例就中第 2 例ト第 3 例トハ腦壓亢進即チ腦内水腫ノナイ點ヲ除ケバ症候的ニ隅角腫瘍ニヨク似テキル。カカル多發性腦神經炎ノ存在ハ歐米ノ神經外科書ニ於テ注目サレテ居ナイガ、隅角腫瘍ノ診斷上是非知ツテ置ク必要ガアルト考ヘル。從ツテ疑ハシイ場合ニハ必ズ腦室撮影ヲ行ツテ腦室擴大ノ有無ヲ檢シ、擴大ガナケレバ腫瘍ヲ除外シテ内科的治療ニ委ネ、不必要ナル手術ノ遂行ヲ避クベキモノト思フ。

### 腰薦部交感神經節狀索切除後特發性脱疽ノルーリツシュ氏

#### 手術ニ依ル治驗例追加

野 村 一 郎 (京都外科集談會昭和 14 年 2 月例會所演)

患 者：51 歳，男

主 訴：右跗趾ノ激痛及ビ治療困難ナル潰瘍

現病歴：約 6 年前，右足背ノ倦怠感ヲ來シ，特ニ長途ノ歩行，運動後ニ著明ニテ，時ニ激痛ヲ來スコトガアツタノデ右腰薦交感神經節狀索切除術ヲ受ケテ疼痛ハ輕快シタ。然ルニ昭和 13 年 7 月頃ヨリ再び右跗趾ニ激痛ヲ來シ，特ニ夜間ニ激烈デアル。尙同年 10 月頃ヨリ右跗趾ニ潰瘍ヲ生ジ治療困難ニシテ激痛ガアル。

局所々見：右下肢ハ左側ニ比シ稍々萎縮シ右跗趾ノ内側ニ略々一錢銅貨大ノ潰瘍ヲ認ム。其周圍ニ色素沈着，靜脈怒張，搏動等ヲ認メズ。潰瘍面ハ肉芽組織貧血性ナルモ豚脂様苔被，皮下穿入等ヲ認メズ。潰瘍面ノ周圍ハ稍々熱感アルモソノ部以外ハ左側ニ比シ一般ニ冷感デ且潰瘍面ニ輕ク觸レテモ激痛ヲ訴ヘル。足背，後脛骨及ビ膝窩動脈ノ搏動ハ右側ニ於テハ觸レナイ。

モスコウウィツチ氏検査：左右ノ差違ハ著明ナラズ。

藥理學的検査：「アドレナリン」ニ陽性。「ピロカルピン」ニ反應不敏。

血清學的検査：ワ氏，村田氏反應陰性。

血液尿所見：著變ヲ認メズ。

診 斷：特發性脱疽

手 術：ルーリツシュ氏手術

術後経過：局所ノ冷感，疼痛ハソノ翌日ヨリ全ク消失シ，潰瘍ハ上皮形成良好デ漸次縮小シ 3 週間後ニハ治癒セリ。

考 察：腰薦部交感神經切除術トルーリツシュ氏動脈外圍交感神經切除術トノ差違ハ，單ニ前者ガ同一ノ交感神經纖維ヲ後者ヨリモ中心ニ近ク切除スル乃至ハ徹底的ニ切除スルトイフ意味デハナイ。即チ血管(茲デハ下肢血管)ノ交感神經支配ハ 1) 末梢神經ヨリ節狀ニ動脈壁ヲ支配スルモノ。2) 血管壁ヲ股動脈→總腸骨動脈→腹部大動脈ト上行シ，ソレヨリ種々ノ高サニ於テ交感神經節ヲ經由シテ脊髓ト連絡スルモノノ 2 種ニ區別シ得ルガ，腰薦部交感神經切除術ハ下半身ニ關シテハ 1) ノ大部分ト 2) ノ一部分ヲ除去スルモノデアリ，ルーリツシュ氏手術ハ 1) ノ大部分ト 2) ノ 1 部分ヲ除去スルモノデアル。

斯クノ如ク兩手術ニ依ツテ切除サルル交感神經ハ同一デハナイノデアルカラ。腰薦部交感神經切除ニヨツテ一旦輕快シタモノガ再發ヲ來シタ場合ニ更ニルーリツシュ氏手術ニヨツテ治癒スルコトハ敢テ不思議デハナイ。尙ホソノ際交感神經ハ非常ニ再生シ易イモノデアルカラ一部再生交感神經ノ再切除トイフコトモ效果ノ一部ヲナシテ居ルデアラウ。

### 脊髓腫瘍摘出例。

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和14年3月例會所演)

患 者: 19歳, 男子 (昭和14年1月入院)

主 訴: 兩下肢ノ「シビレ」感及歩行障碍

現病歴: 昭和13年1月(1年2ヶ月前)ヨリ何等誘因ナクシテ右下肢ノ「シビレ」感ヲ來シ歩行ニアタリ右足ノ下駄ガヌゲヤスクナツタ。同年10月(半年前)ヨリ左下肢ニモ同様ノ障碍ヲ來シ、以來歩行障碍ハ右下肢ニ強ク、「シビレ」感ハ左下肢ニ強ク、風呂ニ入ルモ左足ハ熱感甚ダ鈍シ。下肢ヲフレルト紙一重隔テテフレル如シ。糞尿ノ失禁ハナイ。食欲、睡眠共ニ良好、便通ハ2—3日ニ1行。

既往症: 著明ナルモノナシ。

遺傳歴: 結核ヲ證明スル他著明ナルモノナシ。

現 症: 體格、榮養中等、脈搏ハ整調1分時60、緊張良好、胸腹部臓器ニ異常ナシ。

局所所見: 兩下肢ハ位置正常、輕度ノ萎縮アリ。膝蓋腱反射、「アヒレス」腱反射共ニ昂進シ、膝蓋搐搦、足搐搦共ニ證明ス。「バビンスキー」氏症狀ハ右ニ陽性、「オツペンハイム」氏症狀陰性。膝距試驗ハ兩側共ニ障碍サル。

知覺障碍: 觸覺、痛覺、溫度覺共ニ第Ⅰ腰髓根以下ハ著明ナル障碍アリ。特ニ左ニ強度ナリ。

尿、血液ニ著變ナシ。

脊髓液ハ初壓120、10託除去後10ニ下降ス。

液ハ透明「キサントクロミー」アリ。中性、比重1010、蛋白陽性。細胞數10、淋巴球ナリ。Queckenstedt氏反應陽性。

術前ニ線検査: 脊椎骨ニ著變ナシ。

「ミエログラフィー」: 後頭下穿刺ニヨリ下行性「モルヨドール」2cc注入スルニ、X胸椎上縁ニテ停滯シ、左半ニハ頭部ニ凸形ラムケタル缺損像アリ。腰椎穿刺ニヨリ上行性「モルヨドール」1.5ccヲ注入スルニXII胸椎マデ上昇スル。側面像ヲミルニ「モルヨドール」ハソノ大部分ハ上述ノ如キ停止像ヲ示スモ、ソノ一部ハX胸椎ノ高サニテ腹背ニ分レテ下降シ部分的閉塞ナルヲ知ル。

診 斷: 兩下肢ノ痙攣性麻痺、知覺障碍ガ第Ⅰ腰髓根分布域以下ニ存スルコト、脊髓液ノ壓ノ急激ナル下降、「キサントクロミー」、蛋白陽性、細胞增多、Queckenstedt氏反應陽性ナルコト、及ビ第X胸椎ノ高ニ於ケル閉塞ヨリ第Ⅰ腰髓部ノ腫瘍ト診斷ス。

手術所見: 椎弓切除ヲナスニ、硬膜ハ通常ノ光澤ナク幾分灰白色ヲ帶ビ、一部蜘蛛膜ト癒着シ、XI胸椎ノ高サヨリ第Ⅰ腰椎ノ高サニ至ル迄ハ蜘蛛膜ハ肥厚シ、輕度ノ潤濁セル色調ヲ呈シ、一部軟膜ト癒着スル個處アリ。軟膜ニハ血管ノ擴張ヲ認ム。第X胸椎ノ高サノ部ニ約櫻實大ノ腫瘤アリ。左側ニ偏シ髓外ニアリ、左ニテ一部硬膜ト癒着ス。表面平滑、限界明瞭、淡赤黃色、彈性硬ナリ。硬膜ト癒着ヲ剝離スルニ、ソノ下部ニ後根ト思ハルル神經アリテ腫瘍ハ之ト密ニ連絡シ之ヨリ發生セルモノノ如シ。腫瘍ヲ摘出スルニ脊髄ニハ壓迫ニヨル陷凹アリ。

標 本: 剖面平滑、纖維狀ナリ。組織學的ニハ纖維ガ束狀ニ走り、紡錘狀ノ細胞ハ柵狀配列(Pallisadenstellung)ヲナシテキル。典型的ノ「リノイリノーム」ナリ。

術後經過: 術後5日ニシテ知覺障碍ハ輕快シ、足趾ニ知覺異常アリ、日下經過觀察中ナリ。



考 察：本例ハ良性ナル硬膜内髄外ノ腫瘍ナリ。Lノイリノーム<sup>1</sup>ノコノ部ニ來ルハ稀ナラズ。只舌々ハ上行性造影劑ニヨル脊髓腔内撮影ニテ腫瘍ノアル部ヨリ遙カ下ニ停滯セルヲ認め、手術所見ニヨリ蜘蛛膜炎ノアルヲ知レリ。即チ腫瘍ノ高位診斷ニアタリテハ腫瘍ニヨル反應性炎症ノアルコトヲ注意シ之ニヨル造影劑ノ停滯ヲヨク判斷スベキデアル。

### Lコレステリン<sup>1</sup>性肋膜炎ノ1例

村 上 治 朗 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者：奥〇茂〇，38歳，男子 (胃癌ニテ入院)

現病歴：17歳ノ頃即チ約20年前右側胸部ノ鈍痛，全身ノ熱感ガアリ約2ヶ月ノ安靜加療デ輕快シタコトガアツタガ，23歳ノ時風邪氣味デ醫師ノ治療ヲ受ケタ際，タマタマ右側滲出性肋膜炎アルコトヲ發見セラレ，穿刺セラレ淡黃色透明ナ胸水ヲ排除セラレタ。其ノ後10年ヲ經テ5年前再ビ醫師ニ穿刺セラレタ際ハキラキラト輝ル茶褐色ノ液ヲ排除セラレタ。爾來別ニ熱感，疼痛等ハナイガ毎年1回位同所ノ穿刺ヲ受ケ，略々同様な液ヲ排除サレテ居ル。最後ニ排除セラレタノハ約1年前デアル。

局所所見：胸部ハ非對稱性デ右側ハ左側ニ比シ稍々狭小，呼吸幅モ右側ガ稍々小。右側前腋窩線ヨリ後方第III胸椎ヨリ下方ハ打診上著明ニ濁音ヲ呈シ，呼吸音モ聴取シ得ズ。亦聲音震盪モ微弱デアル。

全身所見：體格大，榮養中等デ，本疾病ニ關聯シテ特記スベキ所見ハ見出サレナイ。

Mantoux 氏結核皮内反應 (+)， $\pi$ 氏反應 (-)，村田氏反應 (++)。

右側胸部ノ穿刺：茶褐色濁潤シタ液約1020cc排除ス。液ノ表面ニハ光輝アル結晶浮游シ，コレヲ鏡檢スレバ特有ノLコレステリン<sup>1</sup>結晶デアル。

比重 1.028 リヴァルタ (卅) 凝固性 (-) pH 7.9 蛋白融解能 (-)

檢鏡所見：Lノイトラールロート<sup>1</sup>ニ依ル Sabin ノ超生體染色ヲ行フニ，生淋巴球多數，ソノ間ニ稍々少數ノ生多核白血球ヲ認ムルモ組織球形細胞ハ見出シ得ズ。又赤血球ハ認め得ズ。ソノ他細胞殘渣並ニLコレステリン<sup>1</sup>結晶多量。

細菌學的檢査：染色標本並ニ培養ニテ菌ヲ證明シ得ズ。結核菌ニ對スル動物試驗ハ目下檢査中。

診 斷：Lコレステリン<sup>1</sup>性肋膜炎

考 察：Lコレステリン<sup>1</sup>性肋膜炎ハ決シテ稀ナモノデハナク，角尾氏ノ昨年結核病學會特別講演ニ於ル報告デモ全肋膜炎361例中 1.1%ニ及ブト言フ。ソノ成因ニ關シテハ今日尙明カデナイガ，一般ニ結核性肋膜炎ノ陳舊トナツタモノニ多ク見ラレ，結核トノ密接ナ關係ハ否ムコトガ出來ナイガ，未ダ結核菌ヲ證明シタ報告者ハナイラシイ。稀ニ黴毒トノ合併ガ記載セラレ，本例モ結核性肋膜炎ノ陳舊性トナツタモノト思ハレルガ，亦黴毒モ合併シテ居ル。恐ラク特發性肋膜炎ガアツテソノ治癒不完全ナ時ニ體質其ノ他不明ノ因子ガ加ハリLコレステリン<sup>1</sup>結晶ノ析出ガ見ラレルノデアラウト言ハレル。因ニ血中ノLコレステリン<sup>1</sup>量ハ檢査シテモ正常ト變ラナイト言ハレル。

尙本症例ノ際ノ様ニ滲出液ガ茶褐色濁潤シテ細胞成分多キハ他ニモ記載ハアルガ肋膜炎ガ陳舊性トナリ，コレニLコレステリン<sup>1</sup>結晶ガ析出シタノミデハ理解シ得ナイ所デアル。本症例デモソウデアルガ，本病ノタメノ苦痛ハ一般ニ殆ドナク，治療法トシテモ一般ノ滲出性肋膜炎ト同様ニ行ハレテ居ル。

## 氣管枝瘻ヲ伴ヘル陳舊性膿胸遺殘死腔ノ全治例供覽

森 欣 一 (京都外科集談會昭和14年3月例會所演)

患者ハ59歳ノ女性デ、昭和13年1月中旬肺炎トナリ、3週間後ニハ右側胸腔内ニ液ガ證明サレ、3月初旬ニハソノ液ガ膿様トナリ、同時ニ惡臭アル多量ノ痰ヲ喀出スル様ニナツタノデ、25/IV 肋骨切除ノ上排膿サレタ。

13/VI 入院：當時右胸部ニ約手拳大ノ開放性遺殘死腔ガアリ、ソノ底面ノ肩胛骨角下ニ大キナ氣管枝瘻ヲ線的ニ證明出來タ。ソノ他喀痰カラ結核菌ヲ證明シタ。即チ本患者ハ氣管枝瘻ヲ伴ヘル混合性結核膿胸デアッタ。ソコデ氣管枝瘻及ビ遺殘死腔ヲ消失セシムル爲、先ヅ Schede ノ手術ヲ行ヒ、死腔ノ縮小ヲハカルト同時ニ間接外氣管枝瘻ヲ直接外氣管枝瘻ニ直シタ。即チ15/VIニ遺殘死腔上ニアルV—VIIIノ肋骨ヲ7cm宛切除シ、死腔ヲ全開放ニシタ。更ニ15/XI 創面ニハ綠膿菌モ存在シテ居ツタガ第2回目ノ手術ヲ行ヒ圖(I)ノ如ク患部周圍ノ肋骨ヲ切除ノ上軀幹筋ヲ圖(II)ノ如ク短冊形ニ切り取ツテ遺殘死腔ニ充填シタ。此ノ際死腔面ニハ沃度丁幾ヲ塗布シタダケデアル。ソノ後「ドレーン」ヲ挿入シテ皮膚ハ一急性ニ縫合シタ。

術後8日間ハ喀痰ニ血液ヲ混ジテ居タガ9日目ヨリソレモ無クナリ創面ハ僅カ一部ガ開放トナツタ丈デ最近全治シタ。2回目ノ手術後患者ノ一般狀態良好トナリ圖(III)ノ如ク體重ハ著明ニ増加シソノ他臨牀所見、血液所見、「キモグラム」、「エレクトロカルディオグラム」等スベテ良好ニ向ツテ居ル。

皮膚瘻デアレバ當然ソノ一部ノ壞死ヲ來ス可キ様ナ長サノモノデアリナガラ筋肉瘻ガ壞死ヲ來サナカツタノハ筋肉ニハ血管ガ豐富デアルタメデアル。從ツテ血液ガ多ク喰菌作用モ旺ニ行ハレテ大シタ感染ヲ來サズニ濟ンダモノト思フ。此際氣管枝瘻自身ガ「ドレーン」管ノ用ヲナシテ居タコトモソノ一助トナツタモノデアラウ。尙注目スベキ事ハ2回目ノ手術前マデハ脊柱ハ右側胸部ニ萎縮スル遺殘死腔ガアツタ爲ニ左ニ凸面部ヲムケタ側彎症ガアツタガ、術後カ、ル死腔ハ消失シ、又軀幹筋ノ一部ヲ切除シタ爲殆ンドソレガ回復シテシマツタコトデアル。即チコノ例ハ種々ソノ成因ニ就テ議論ノアツタ膿胸性脊柱側彎症ハ死腔ノ瘢痕性收縮ニ因ルモノデアルトイフヨイ證據ヲ示シタモノデアル。

## 膽石症手術後ノ潛侵熱ニ就テ

村 上 治 朗 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

第1例：患者：坂○鐵○郎、66歳、男子

主 訴：發作性惡寒發熱

現病歴：12年前ヨリ再三膽石症發作ガアリ、7年前膽囊剔除並ニ總輸膽管切開結石摘出手術ヲ受ケタ。

約1年前カラ時々2—3時間デ消失スル惡寒發熱ガアル様ニナツタ。時ニハ發熱發作後數日ニ亙ツテ輕度ノ黃疸ヲ伴フコトモアル。約半年前ヨリハ更ニ時々右側季肋下部ノ輕度ノ鈍痛ガ加ハル様ニナリ、漸次發作度數モ頻數トナリ、惡寒發熱モ激シクナツテ來タ。便通ハ1日1行デアルガ、發作後時々無膽汁性トナル。

局所所見：右季肋下部ニ膽石症手術創ガアリ、肝臓ハ著明ニ肥大シ、右側前腋窩線上デ季肋下4横指ニ彈性硬、圓滑ナ肝縁ヲ觸レル。ソノ他臍ノ右上方約3横ノ所ニ拇指頭大ノ壓痛點ガ常ニアル以外ニ著變ヲ認メズ。

全身所見：著明ノ黃疸ガアル。血液ニハ白血球増加ヲ認メズ。尿ハ澄明デ大腸菌、細胞成分ヲ證明シナイ。グメリン反應(++)。

入院後經過：入院後無熱デアツタガ、4日目十二指腸消息子ヲ以テ25%硫酸水ヲ投與スルトソノ午後惡寒ヲ以テ39°Cノ發熱ガアツタ。體溫ハ間モナク正常ニ復シタガ、黃疸ハ増加シ、糞便ハ無膽汁性トナツタ。ソ

ノ後モ觀察シテ居ルト定型的ノ潛侵熱ガ時々現ハレル。

總輸膽管結石症ナル診斷ノモトニ、昭和14年1月10日總輸膽管切開術ヲ行フニ、總輸膽管ハ直徑約3mm位ニ擴大シ又著シク肥厚シ、透明デハアルガ大腸菌ノ感染セル膽汁約200ccヲ入レテ居タ。示指頭大長橢圓形ノ膽汁色素結石ガ總輸膽管ノ出口ヲ閉塞シテ居タノデ、コレヲ摘出シタ。術後ハ全ク無熱デ以前ノ様ナ潛侵熱ハ全ク見ラレナイ。

第2例：患者；佐○善○，58歳，男子

主 訴：發作性惡寒發熱

現病歴：約10ヶ月前ニ膽石症ノ手術ヲ受ケタノデアルガ、約1ヶ月前ヨリ手術（膽嚢摘出？）ヲ受ケル前ト殆ンド同様ニ時々惡寒ヲ伴フ發熱發作ガアツテ、コレニ續イテ時ニハ黃疸モ現ハレルコトモアル。手術ヲ受ケル前ト相違スルノハ激シイ痙攣發作ガナクテ輕イ鈍痛ガ右季肋下部ニアルダケデアル。

局所所見：肝臟縁ハ觸レ得ズ、唯右季肋下部ニ輕度ノ壓痛アルノミデアル。

全身所見：黃疸ハ證明サレナイ。白血球増加モ認めラレナイ。膽石症再發ノ診斷ニテ、昭和13年14/V總輸膽管切開、擴大肥厚セル管内ヨリ膽汁色素結石ヲ摘出シタ。膽汁ハ透明デアツタガ大腸菌ヲ證明シタ。入院中ハ潛侵熱ノ發作1回モナク、手術後16日デ退院。

退院後經過：退院後約3ヶ月デ亦前同様ノ惡寒、發熱發作ガ時々アル様ニナツタ。上線検査ニヨツテ結石ヲ證明シテ居ルガ患者ハ3度目ノ手術ヲ承認セズ目下觀察中デアル。

考 察：昭和7年荒木講師ニヨツテ記載セラレタ潛侵熱ハ血中異物ガ何等カノ原因デ全循環系ニ入ルトソノ生理的反應トシテ體溫上昇ガ起ルガ、コレハ直チニ喰燼作用ノタメニ血流中カラ除去セラレ3—4時間デ發熱モ消失スルノデアル。而シテ膽石病ノ際ノ痙攣熱 (Kolikieber) ナルモノモコノ潛侵熱デ説明サレテ居ル。即チ本例ノ如キハソノ潛侵熱ノ定型的ナモノデアツテ、膽石除去手術後デモ此ノ様ナ熱型ヲ診タナラバ必ズ先ヅソノ再發ヲ考ヘテ間違ヒガナイ。マタ此等ノ2例ハ、膽石ノ製造場所ハ膽嚢ノミニ限ツテ居ナイコトヲ如實ニ示スモノデ、嘗ツテ言ハレタ様ナ『膽石ノ發作ガ起ツタナラバ蟲様突起炎ノ際ニ於ケル様ニ早期手術ヲ行ヒ膽嚢摘出術ヲ施シテソノ後ノ再發ヲ絶ツ可シ』ト云フ語ノ何等根據ノナイコトヲ物語ル例デモアル。

## 胃潰瘍穿孔性腹膜炎ノ1治驗例

倉 彦 市 (京都外科集談會昭和14年1月例會所演)

患 者：53歳，男子

主 訴：腹痛

現病歴：7—8年前カラ食後2—3時間ニシテ、心窩部疼痛ヲ來スコトガ時々アリ、嘈雜、噯氣ヲ來ス事ガ多クツタ。シカルニ來院前日午後8時頃夕食ヲツタ所、夫ヨリ約1時間半ノ後、心窩部ニ突如強烈ナ疼痛ヲ來シ、惡心、3回ノ嘔吐ガアリ、吐物ニハ食物殘渣ノ他暗黑色ノ液ヲ含ンデキタト云フ。發病15時間頃カラ疼痛ハ腹部全般ニ涉ツテ訴ヘル様ニナツタ。

既往症、家族歴：云フベキモノガナイ。

現在症(發病21時間後)：體格、骨格、榮養略々尋常。顔貌苦悶狀ヲ呈シ、脈搏1分時90、整調、大サ正常、緊張稍々微弱、胸部臟器ニ異常ナシ。

局所所見：腹部ハ一般ニ稍々膨滿シ、特ニ上腹部ニ強シ。皮膚發赤、靜脈怒張、腸動直、蠕動不穩等ハ認めラレズ。觸診スルニ腹筋緊張、Blumberg氏症候、壓痛等ハ腹部全般ニ涉ツテ證明サレ、特ニ上腹部ニ於テ著明デアル。タメニ深部觸診ハ殆ンド不能デアルガ觸レウル限りニ於テ抵抗ヲ證明セズ。打診スルニ第V肋

骨下縁以下鼓性清音、肺肝境界ハ第Ⅳ肋間ノ高サニ押シ上ゲラレテキル。聽診スルニ腸雜音ハ非常ニ少ク而カモ稍々響鳴性デアル。肛門指診デハ直腸膨大部ノ擴大ナク、Douglas 氏腔ニハ膨滿、壓痛共ニナシ。

血液所見：白血球18700ヲ算シ特ニ著明ナ中性多核白血球增多(90%)アリ。

尿所見：蛋白弱陽性、インデカン<sup>1</sup>陽性ノ他特別ノ所見ナク、大腸菌ヲ證明セズ。尿中<sup>2</sup>ヂアスターゼ<sup>3</sup>ハ<sup>26</sup>デ正常デアル。

臨床診斷：以上ノ所見ヨリ胃潰瘍穿孔ガアリ、後時間ノ經過ト共ニ炎症ガ下腹部ノ方ニ擴ガツテ行ツタモノト考ヘラレル。

手術所見(發病後23時間)：上腹部正中切開ニテ腹腔ニ入ルニ、暗綠色ノ胃、十二指腸液ヲシキモノニ凝固血液、食物殘渣等ヲ混ジタ液ガ多量溢出ス。指ニテ探ルニ胃ノ幽門ニ近ク小彎前壁ニ拇指頭大ノ穿孔アリ、ソノ周圍ハ、大小網膜ヲモツテ障壁ガツクラレ、腹腔トノ交通ガ絶タレテ居ルガ、唯右側十二指腸方面ノミハ障壁ヲフレズ、下部腹腔ト交通セル疑アリ。ヨツテ廻盲部ニ切開ヲ加ヘ檢スルニ腹水ハ稍々膿様ニ潤濁ス。ココニ排膿管ヲ挿入シ、正中線穿孔部ニハ胃腔内ニ達セザル<sup>4</sup>シガレット・ドレーン<sup>5</sup>ヲ挿入シタノミデ何等特別ノ處置ヲ施サズ。次デ左側腸骨部ニ新シキ皮切ヲナシ空腸瘻ヲ作り手術ヲ終ル。

術後經過：術後約1週間、胃液ハ殆ンド下方ニ送ラレナイヤウデ穿孔部排膿管カラ多量ニ流出シテキタガ、1週間ヲ過ギル頃カラ稍々減少ヲ始メ、胃瘻モ狭小トナリ腹膜炎性症候モ減退シ、3週間後ニハ流動食ノ經口の投與ヲ始メ、5週間後ニハ空腸瘻ヨリノ滋養注腸ヲ全廢シ、經口榮養ノミトシ、術後2ヶ月ニシテ各創面全ク癒ヘ全治退院ス。

退院時ニ線検査：穿孔部ニ瘢痕ハ認メラレルガ、ソノ萎縮ニヨル狭窄等ハ認メラレズ。

考 察：胃潰瘍穿孔ノ處置ハ諸家ニヨリ種々唱ヘラレ、穿孔部胃切除ヲ行ヘナイ場合ニハ次ノ如キ方法ガアル。即チ 1) Übernähung。2) 潰瘍部ヲ切除シ創面ヲ新タニシ縫合スル法。3) 大網膜ヲ押シコンデ<sup>6</sup>タムボン<sup>7</sup>トスル法。4) Neumann ノ所謂 Netzmanschette 即チ排膿管ヲ穿孔部ヨリ胃腔内ニ挿入シ、ソノ周圍ニ大網膜ヲ縫ヒツケ腹腔トノ交通ヲ遮斷シ、創面癒着スレバ胃瘻トシテ使用スル法。5) Übernähung ソノ他ニヨリ穿孔部ヲ閉鎖シタル後胃腸吻合術ヲ施ス法。6) 穿孔部ヲ閉ヂタル後、空腸瘻ヲ作ル法。即チイヅレニシテモ穿孔部ノ閉鎖ヲ目指シテ種々ノ處置ヲスル譯デアルガ、本例ノ如キハ汚染サレタル穿孔部位ニハ唯排膿管ヲ挿入シ、汚物、洩出胃液ノ排出ヲ計ルノミデ穿孔部ニハ何等處置ヲ施サズ、唯空腸瘻ヲ作り胃ノ安靜ヲ計ツタノミデ自然治愈ヲ營ンダノデアル。

Wagners 氏ノ統計ニ依ルト穿孔後20時間ヲ經過シタルモノハ100%ノ死亡率ヲ持ツトセラレテ居ルガ、本例ノ如ク23時間後ニ手術ヲ行ヒ、尙之ヲ全治セシメタコトハ稀デ、ソノ原因ハ穿孔部周圍ノ自然障壁ガアツカツテ力アリシコトハ言フマデモナイ。胃潰瘍穿孔ノ處置ハ症例ニ應ジテ考フベキハ勿論デアルガ、Übernähung ト云フコトハ必ズシモ必要ナル處置トハ考ヘラレナイ。古イ潰瘍縁ノ縫合ガ結局無效ニ終ルコトハ想像ニ難クナク、又本例ノ如ク幸ニモ自然ノ障壁ガ出來テ居ルモノヲ剝離シテ迄モ縫合セネバナラヌカ否カハ大イニ疑問トスル所デアル。即チ斯クノ如キ場合特ニ幽門部ノ狹窄無キコトガ確メラレタナラバ寧ロ本例ノ如ク處置スルヲ合理的ト考ヘルノデアル。

## 腸管囊氣腫ノ1異型

副 島 謙 (京都外科集談會昭和14年3月例会所演)

患 者: 46歳, 男子

主 訴: 腹痛

現病歴: 約5年前カラ嘔雜, 吞酸嘔雜ト共ニ右季肋下部ノ腹痛ヲ訴ヘル様ニナリ, 約3ヶ月前カラハ之等ノ症狀ハ次第ニ強クナリ腹部ノ膨滿感ト共ニ時トシテハ右季肋下部ニ疝痛様ノ疼痛ヲ訴ヘル様ニナツタ。然シ發熱感或ハ嘔吐ヲ來シタ事ハナイ。便通ハ便秘ニ傾イテキルガ時ニヨツテハ下痢ヲ來ス事モアル。

現在症: 全身ノ榮養著シク衰ヘ, 腹部ニ於テ臍ノ周圍ニ時々蠕動波ヲ認メ之ノ部ニ於テ輕度ノ壓痛及抵抗アリ。肝臟濁音界ハ消失シ, 右乳嚢線上季肋下約1横指ノ部ニ肝臟遊離下縁ヲ觸レルガ遊離縁尖銳, 硬度尋常, 表面平滑デ, 其ノ他臨床上ニ著變ヲ認メナイ。

レ線検査: 幽門部ニ狹窄アリ且ツ氣腹ヲ認メル。

胃液検査: 遊離鹽酸存在シ, 胃酸過多(總酸度ハ食後2時間ガ最高ヲ示シ105)及潛血ヲ證明スル。血液像及尿ニ異常ナシ。

診 斷: 胃液ノ潛血, 幽門部ノ狹窄及氣腹アリ, 而モ腹膜炎ノ所見ヲ缺ク點ヨリ胃潰瘍ニヨル幽門部ノ狹窄ガアリ, 且ツ腸管囊氣腫ヲ伴ツテ居ルモノト診斷ス。

手術所見: 開腹スルト同時ニ腹腔ヨリ潤濁セザル腹水約300 ccト共ニ無臭ノ瓦斯ノ噴出スルヲ認メル。胃ハ中等度ニ擴張シ幽門部ニ約鳩卵大ノ潰瘍性瘢痕アリ爲メニ幽門ハ中等度ノ狹窄ヲ示シ, 之ノ部デ後腹膜ト強ク癒着シテキル。小腸ニ於テ Treitz 氏帶ヨリ約140 cm 肛門方ノ部ヨリ更ニ肛門方ニ向ヒ約70 cmノ範圍ニ於テ腸管壁ハ稍々水腫性トナリ觸診上之ノ部ニ捻髮音ヲ著明ニ聞ク。即チ漿膜下層ニハ氣泡或ハ氣囊腫ハ認メナイガ, 之ノ部ニ於テ粘膜下層或ハ筋層ニ氣體ガ存在スル事ハ明デアリ, 腸間膜ノ小腸附着部ニ近ク其ノ全長ニ互リ所々ニ漿膜下ニ米粒大ノ灰白色ノ瘢痕(氣囊ノ治癒セルモノ?)ヲ認ム。幽門竇ヨリ胃底ニ至ル廣範圍ノ胃切除ヲ行ヒ, 後結腸胃空腸吻合術ヲ施シ手術創ヲ閉ヅ。

術後經過: 順調デ腹痛及ビ腹部ノ膨滿感消失シ手術創ハ第1期癒合, 術後第13日目ノレ線検査デハ胃空腸吻合部ノ通過狀態良好デ氣腹ハ消失シテキルノヲ認メタ。

考 察: 本例ハ普通腸管囊氣腫ニ見ル如キ氣囊腫ノ形成ハ認メナカツタガ, 胃潰瘍ニヨル幽門狹窄ニ伴ツテ現ハレタ腸管囊氣腫デアル事ハ明デ單ニ胃潰瘍ニ對シ曠置性胃切除ヲ行ツタノミデ氣腹モ腸管囊氣腫モ治癒セシメタ例デアル。

腸管囊氣腫ノ成因ニ就テ從來 1) 胃腸粘膜ニ損傷ガアリ之ヨリ腸管内壓ノ増加ノタメ腸管内ノ瓦斯ガ腸管壁ニ入ルト云フ機械的原因説ト 2) 非病原性ノ瓦斯發生性細菌ノ感染ニヨルト云フ細菌説, 3) 或ハ脂肪ノ新陳代謝ノ變調, 或ハ酸毒症ニヨル腸管ニ於ケル瓦斯代謝ノ變調ニヨル等ノ化學的成因説等ガ稱ヘラレテ居リ, 又所謂腸管囊氣腫ノ中ニハ稀デハアルガ他ノ疾病ニ伴ハズニ獨立ニ現ハレタリ, 又膀胱壁或ハ大網膜等ニ囊氣腫ヲ形成スルモノガアリ, 單ニ機械的原因ニヨルモノトハ理解シ難イモノモアルガ, 多クノモノハ本例ノ様ニ胃潰瘍或ハ十二指腸潰瘍ニヨル幽門部或ハ十二指腸ノ狹窄ニ伴ヒ現ハレ, 又腸結核或ハ絞扼等ニヨル腸管ノ通過障礙ガアリ之ヨリ口方側ノ腸管ノ擴張, 肥厚等ニ伴ツテ二次的ニ現ハレル事ガ多ク, 之等ノ場合ハ單ニ原疾患ノ治療, 通過障礙ノ除去ノミデ腸管囊氣腫モ治癒スルモノデアル事カラ少クトモ之ハ機械的原因ニヨツテモ現ハレ得ルモノデアリ, 本例モ亦其ノ1例デアルト言ツテモヨイト考ヘル。

## 糞石＝依ル小腸閉塞症ノ 1 例 附：腹水ノ發生機轉ノ一考察

江 坂 廣 文 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者：14歳，男子

主 訴：腹痛，惡心，嘔吐

現病歴：昭和14年29/I 午前7時半下腹部ノ鈍痛ヲ訴へ，食慾不振，全身倦怠ノタメ床ニ就イタガ朝攝ツタ食物ハ殆ンド全部嘔吐シタ。夕方頃カラ疼痛ハ激烈トナリ痙攣性デ轉輾反側スルニ至ル。翌日（來院ノ日ノ朝）ニナリ，「ヒマシ」油ヲ飲マセタガ便通ナシ。嘔吐ハ發病以來4回アリ。

既往歴：生來胃腸ガ弱イト言フ外ニ特記スベキコトナシ。最近柿ヲ食ツタコトモナイ。

局所所見：腹部ハ一般ニ大シテ膨滿モ陷沒モシテ居ナイガ唯上腹部ガ稍々膨滿シ，其部ニ横ニ走ル蠕動不穩ガアリ，ソノ際痙攣性疼痛ヲ訴ヘル。臍ノ直グ右方ニ壓痛ガアリ，H.ツ輕イ抵抗ヲ觸レル。臨床的ニハ腹水ヲ證明セズ。

手術所見：開腹スルニ尿様，黃色透明ノ腹水約350㍑アリ。臍ノ少シ右デ空腸ト廻腸ノ境界アタリニ鶏卵大ノ腸管膨大部ガアリ，中ニ可動性ノ異物ヲ觸レル。ソレヨリ口側ノ腸管ハ膨滿シ著明ニ浮腫性デ肛門側ハ縮小シテ居ル。即チ異物嵌頓ニヨル小腸腸閉塞症デアル。腸管ニ切開ヲ加ヘテ取出サレタ異物ハ植物性ノ結石デアツテ形狀ハ楕圓形，大體彈性硬デアルガ強ク壓迫スレバ壓窩ヲツクル。胃内ニテ異常食物成分ニヨツテ形成セラレ，ソレガ小腸ヘ向ツテ送り出サレタルモノト考ヘラレル。

考 察：斯クノ如キ消化管内植物性結石ハ柿ヲ食シタ後ニ出來ルコトガ最も多イ。從ツテ本例デモ最近柿ヲ食シタ事實ハナイガ嘗ツテ教室ノ岩城博士ノ例デモソウデアツタ如ク，昨秋食ツタ柿ニヨツテ植物性胃石ヲ生ジ，ソレガ最近腸ヘ移行スルニ及ンデ「イレウス」ヲ起シタモノト考ヘラレル。尙本例ニ於テ興味アルコトハ手術時多量ノ腹水ヲ證明シタコトデアル。ソノ原因ハ門脈系統ノ鬱血ノ結果トシテ生ジタモノデハナク，閉塞性「イレウス」ノ爲ニ膨滿シ浮腫性トナツタ口側腸管壁ヨリ直接瀦出サレタモノト考ヘラレル。ソコデ思ヒ合セラレルコトハ轉移ノナイ極ク小サナ胃癌デ多量ノ腹水ヲ證明スル場合ノアルコトデアル。胃癌デハ觸知シ得ナイ部位ニ淋巴腺轉移ガアツテソレガ門脈ヲ壓迫シテキルコトガ可能デアルカラ多量ノ腹水ガアレバ胃ノ主腫瘍ヲ切除シテモ手術ノ根治性ハ疑ハシイト考ヘラレ易イノデアルガ，本例カラ見ルト胃ノ通過障礙ダケノ爲ニ相當量ノ腹水ヲ來スコトモ可能デアルカラ腹水ヲ伴フ胃癌デモ案外悲觀スルニ及バナイト言フコトガ想像サレル。

## 脱腸候頓時尿中大腸菌出現ノ診斷的意義ニ就テ

江 坂 廣 文 (京都外科集談會昭和14年3月例會所演)

第1例：患者：65歳，女

主 訴：腹部激痛，惡心，嘔吐，右鼠蹊部ノ疼痛性腫脹

現在症：4,5年前カラ右鼠蹊部ニ無痛性ノ膨隆ヲ來シ，指壓ニヨツテ消失セズ，シカシ何等苦痛ナク又大サモ増大セズニ今日ニ至ツタ。本年5/Ⅲ即チ來院ノ前日午前7時頃歩行ノ際突然下腹部ニ激烈ナル痙攣ヲ來シ，同時ニ右鼠蹊部ノ膨隆ハ大サヲ増大シ痙攣ヲ訴ヘルヤウニナツタ。下腹部ノ痙攣ハ來院ノ日ノ午前4時迄ハ屢々起リ激烈デアツタガソレ以後ハ間隔ガ長クナリ1時間ニ3〜4回トナリ疼痛モ輕クナリ，腫脹ハ同日

ノタ刻ニハ縮小シ以前ノ大サニ戻ツタ。發病ト同時ニ惡心、嘔吐アリ、 $\text{L}$ ガス $\text{r}$ 排出ハナカツタ。便通ハ1回アツタガ發熱感ハナイ。

既往症、家族歴：特別ノコトナシ。

局所所見：右鼠蹊部カラ Poupart 氏帶ノ下部、股動脈ノ内方ニ超鶏卵大ノ腫脹アリ。ソノ表面ニハ異常ナ着色ヤ搏動ナドハ認メラレズ。周圍ニ靜脈ノ怒張モ證明セズ。徹照試驗陰性。打診上鼓音の濁音ヲ呈ス。腹部ハ特別ノ膨滿モ陷沒モナイ。蠕動不穩モ腸強直モ見ズ。局所ノ溫度上昇、腹壁緊脹、壓痛部位、Blumberg 氏症狀等凡テ證明セズ。腸雜音ハ稍々有響性ナリ。直腸膨大部ニ異常ナシ。

尿検査： $\text{L}$ カテーテル $\text{r}$ 尿中ニ直接並ビニ培養上大腸菌ヲ證明セズ。

診 斷：右股 $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ ノ嵌頓

手術所見： $\text{r}$ ヘルニア $\text{r}$ 嚢中ノ内容ハ大網膜並ビニ約5糎ノ小腸デ、嚢中ノ腸ハ稍々浮腫性デ $\text{L}$ チアノーズ $\text{r}$ ヲ呈スルモ血行障礙ノ著明ナルモノナシ。腹水ハ少量、而モ透明ナリ（直接檢鏡及ビ培養ニ依ツテ大腸菌ヲ證明セズ）。依ツテ鼠蹊韌帶ノ一部ヲ切斷シタルニ脱出シテ居タ腸ハ直チニ正常ノ色トナリ且ツ漿膜面ニ何等變化ヲ認メナクナツタ。ナホ腹腔内ヲ檢スルニ透明黃色ノ腹水ガ約100ccアリ（此ノ腹水中ニモ大腸菌ハ證明セラレザリキ）。依ツテ型ノ如ク股 $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ 根治手術ヲ行フ。

第2例：患者：71歳、女

主 訴：腹部激痛、惡心、嘔吐、右鼠蹊部ノ疼痛性腫脹

現在症：60歳頃カラ右鼠蹊部ニ拇指頭大ノ腫脹ガ出沒シ始メ、ソレハ指壓ニヨリ容易ニ消失スルヲ常トシタガ本年18/II（來院4日前）カラ小兒拳大ニ腫脹シ、ソレガ指壓ニヨツテモ消失シナクナリ、病痛熾疼痛ヲ來シ、次第ニ下腹部ノ疼痛ガ激烈トナリ嘔吐ヲ來シ、 $\text{L}$ ガス $\text{r}$ 排出、便通ハ1回モ無イ様ニナツタ。

既往症、家族歴：特記スベキモノナシ。

局所所見：腹部ハ稍々膨滿セルモ蠕動不穩ナシ。右鼠蹊部ニ超鶏卵大ノ腫脹アリ。腹部ハ至ルトコロ壓痛アリ、Blumberg 氏症狀ヲ輕ク證明ス。臨床的ニハ腹水ヲ證明セズ。右鼠蹊部ノ腫脹ハ鼠蹊韌帶ノ直下ニアリ。表面平滑、境界明瞭、彈性軟、壓痛アリ。下床ヨリ移動セズ。徹照試驗陰性。鼓音性濁音ヲ呈ス。腸雜音ハ稍々有響性ナリ。

尿検査： $\text{L}$ カテーテル $\text{r}$ 尿中ニ1視野平均5~6個ノ大腸菌ヲ證明ス。

手術所見：右鼠蹊部ノ腫脹シタル部ヲ開クニ直チニ $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ 嚢ニ達ス。内容ハ約5糎長ノ小腸デ密ニ癒着シテ暗黒色、壞疽性トナツテキル。依ツテ更ニ臍下12糎ニ互ル正中線切開ニテ腹腔ニ入ルニコノ嵌頓セル部ハ迴腸末端部カラ約40糎ノ口側ノ小腸デアル。嵌頓セル部ヨリ口側ノ腸管ハ著シク膨大シ肛門側ハ縮小シテ居ル。約100ccノ黃色透明ノ腹水アリ（併シ此ノ腹水中ニハ大腸菌ヲ證明セズ）。依ツテ絞扼部ヨリ10糎ノ部ニテ小腸側々吻合術ヲ施シ $\text{r}$ ヘルニア $\text{r}$ 嚢ハ周圍組織ニ2,3ノ縫合ニ依リ固定シ絞扼腸管ノ一部ヲ開キ手術ヲ終ル。

考 察：以上ノ2例ハ老人ノ同ジ右股 $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ デ然モ殆ンド同ジ部位ノ小腸ガ同ジ長サダケ $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ 例デアルガ、第1例デハ尿中ニ大腸菌ヲ證明セズ、第2例ニ於テ多數ノ大腸菌ヲ證明シタ。之ハ教室ノ佐々木博士ノ實驗ニ全ク一致スルモノデアツテ第1例ハ明カニ腸管ノ通過障礙ハアツタガ腸管ノ血行障礙ハ強クナク壞死ハ起シテ居ラナカツタ。然ルニ第2例ニ於テハ明カニ通過障礙ト同時ニ腸管ノ血行障礙ガ著シク壞死ヲモ起シテ居タ。一般ニ $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ ニ於テ絞扼腸管ガ壞死ニ陥ツテ居ルカ或ハ單ニ輕度ノ血行障礙ニ過ギナイカヲ定メルニ局所ノ溫度ノ下降ヲ據リ所ニスペシナドト云ハレテ居ルガ、大キナ陰囊 $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ デハ或ハコレデ區別モ出来ヨウガ、絞扼腸管部ノ少イ股 $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ トカ鼠蹊 $\text{L}$ ヘルニア $\text{r}$ 等デハ其ノ溫度ノ高低ヲ知り得ルコトハ殆ンド不可能デアツテ、マタ皮膚ノ發赤或ハ浮腫等ニ依ルコトハ壞死



が著シク進シダ時デアルカラ早期診断ニハ何等意義ノ無イモノデアル。併シ尿中大腸菌ノ出現ヲ吟味スル時ハ容易ニ之レヲ明カニスルコトガ出來ル。即チ『簇頓ヘルニア』時ニ大腸菌ノ尿中出現ヲ見タモノハ凡テ腸管ノ血行障礙ガ強度デアル』ト解シテヨイカラデアル。只此際壞死ヲ來シテ居ナイ程度ノ大キナ血行障礙デモ大腸菌ノ尿中移行ハ起リ得ルト思フノデ尿中ニ大腸菌ノ出現ガアツタ時、或ハソノ出現菌數ニ依ツテ此間ノ區別ガ出來ルノデハナイカト考ヘルガ此レハ今後症例ヲ重ネテ確メテ見タイト思フ。

## 多發性癌カ癌轉移カ

副 島 謙 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者: 69歳, 男子

主 訴: 裏急後重及ビ血液附着便

現病歴: 約8ヶ月前カラ排便ノ際ニ少量ノ新鮮血液ガ糞便ニ附着スルヲ認メル様ニナリ約3ヶ月前カラハ裏急後重ト共ニ糞便ニ血液ノミナラズ粘液ヲモ附着スル様ニナツタ。

既往症: 生來健康デ著患ヲ知ラズ。特ニ赤痢ヲ患ヒタル事ナシ。

家族歴: 癌其ノ他ノ遺傳ノ關係ヲ認メズ。

現 症: 入院時ノ主ナル所見ハ 1) 全身ノ栄養状態稍々衰ヘルモ惡液質ヲ認メズ。2) 心臓、肺臓ニ病的變化ヲ認メズ。3) 空腹時、下腹部ニ鳩卵大、弾力性硬ノ腫瘤ヲ觸レ、壓痛ナク、左右、上下ニ可動性ヲ有シ、エ線検査ニヨリ之ノ部ハS狀結腸ニ相當シ且ツ之ノ部ニ通過障礙ヲ認ム。

診 斷: S狀結腸癌

手術所見: S狀結腸ガ直腸ニ移行スル部分ヨリ約5cm口方、及之ヨリ更ニ約10cm口方ノ部ニ各々約鳩卵大、弾力性硬、凹凸性ヲ有スル腫瘤アリ、之ノ部ニ相當スルS狀部腸間膜中ニ數個ノ弾力性硬、大豆大ニ腫脹セル淋巴腺ヲ認ムルモ、肝臓其ノ他ニ變化ヲ認メズ、又腹水モ無シ。依ツテ之ノ2個ノ腫瘤ト共ニ淋巴腺轉移ヲ含メテ約20cm長ニ互リS狀結腸切除術ヲ行ヒS狀結腸斷端ニハ端々吻合術ヲ施セリ。

切除標本: 2ツノ腫瘤ハ約10cm距タリ存シ共ニ鳩卵大ノ彈性硬ノ境界比較的明瞭ナル腫瘤ニシテ結腸内腔ニ向ヒ隆起セル肉眼上Lポリープ様癌ナリ。

考 察: 2ツ以上ノ癌ガ同一個人ニ共存スル場合、之ノ兩者ガ多發性原發性癌ナルカ或ハ一方ガ他方ノ轉移ナルカラ決定スルニ就テ多クノ學者 (Billroth, Goetze, Ruhr 等) ニヨリ種々ノ説ガ唱ヘラレテキルガ、

I) 1個々ノ腫瘤ガ夫々著シク異ナツタ組織學的構造ヲ有シ、且ツ夫々ノ腫瘤ガ其ノ生ジタ場所ニ日常見ラレル原發癌ノ像ヲ呈シテキル場合<sup>1)</sup> ハ之ノミデ明ニ兩者ハ原發性癌ナリト斷定シ得ラレ、又逆ニ 1個々ノ腫瘤ガ極メテ相類似セル組織學的構造ヲ有シ、且ツーツノ腫瘤ガ其ノ生ジタ場所ニ日常見ラル、原發癌ト著シク異ナツテキル場合<sup>2)</sup> ニハ之ノミデ一方ハ他方ノ轉移ナリト斷定シテヨイ。

之ハ例ヘバ喉頭ノ扁平上皮癌ト胃ノ腺癌等ノ如ク相異ナツタ臓器ニ發スル場合ニノミ之ノ如キ事ガ現ハレ得ルノデアリ、此ノ例ニ於テハ共ニS狀結腸癌デアツテ之ノ點デハ如何トモ判斷シ得ズ。

II) 1個々ノ腫瘤ガ各々組織學的ニ其ノ發生シタ場所ニ日常見ラル、原發癌ノ像ヲ呈シ、且ツ各々ノ腫瘤ノ一方ガ他方ノ轉移ニ非ザル事ガ證明サレタル場合、即チ淋巴、血管系統ニヨル轉



移、連續浸潤性、播種轉移ヲ總テ完全ニ除外シ得タ場合<sup>7</sup>ニハ各々ハ原發癌ナリト斷定シ得ル。

然シ各々ガ轉移デアルト言フ、總テノ可能性ヲ除外シ得ルノハ例ヘバ胃ト結腸等ノ如ク相距タリタル臓器或ハ場所ニ發生セル時ノミデアツテ、此ノ例ノ如ク僅カ10 cm 足ラズシカ距ツテ居ラズ、而モ既ニ淋巴腺轉移アリ、且ツ漿膜面ヘノ浸潤等モ認メラレル場合ニ於テハ實際上轉移デアリ得ル可能性ノ總テヲ完全ニ除外ヘル事ハ不可能デアル。

今標本ニツキ詳細ニ觀察スルニ、1) 肉眼的ニハ肛門側ノモノハ口方側ノモノニ比シ基底ガ廣ク、表面ニ潰瘍ヲ形成シテキルニ反シ口方側ノモノハ肛門側ノモノヨリモ一層強ク「ポリープ」様ニ腸管内腔ニ向ヒ突出シテキル點ハ肛門側ノ方ガ惡性度ガ強イト思ハレ、又組織學的ニモ(先ニ供覽ニ提セル如ク)肛門側ノ方ガ更ニ變性(Metamorphose)ノ度ガ強イ。即チ兩者ハ肉眼的ニモ又組織學的ニモ多少トモ相異ツタ構造ヲ有シテキル。2) 又之ノ組織學的ノ相違ハ各々ノ腫瘤ニ近接シテ存スル淋巴腺轉移ニツイテモ同様デアリ肉眼的ニモ各々ノ腫瘤ニ近接シテ各々2—3個ノ淋巴腺腫瘤ガ集塊ヲナシテ存シ、其ノ中間部ニハ少ナイ事ヨリ各々ノ腫瘤ハ夫々獨立シテ轉移ヲ有スルト考ヘ得ラレル。3) 更ニ又、肉眼的ニハ兩方ノ腫瘤共ニ漿膜面ヘノ浸潤モ認メラレルガ之ヨリモ腸管内腔ヘ向ツテノ發育ガ著明デアツテ、兩者共ニ「ポリープ」様ニ腸管内腔ニ突出シテアリ、且ツ組織學的ニモ粘膜面ヘ乳頭腫狀ノ發育ガ著明ニ認メラレル事ハ淋巴管系或ハ血管系ニヨリ轉移デハナイデアロウト云フ事ガ考ヘラレル。粘膜面ヨリノ播種轉移(Impfmetastase)ノ場合ニハ之ノ如キ像ヲ呈スルワケデアルガ、斯ル粘膜面ヨリノ轉移ハ理論上ニモ、又實際上ニモ極メテ起リ難イモノデアルカラ、之ノ兩者共ニ「ポリープ」様ナル事ハ兩者ガ夫々原發的デアルト言フコトガ出來ルト思フ。即チ此ノ例ハ1) 各々ノ腫瘍ガ極メテ輕度デハアルガ肉眼的ニモ又組織學的ニモ相違アル事、2) 各々獨立シタ轉移ヲ有スル事、3) 共ニ「ポリープ」様ノ形ヲナシテキル事ノ3點ヨリ多發性、原發性癌ト理解シ得ル例デアル。

### 先天性多發性關節屈位強直 (Arthrogryposis multiplex congenita) ノ 1 例

三 好 爲 一 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者：生後47日、男子

主 訴：四肢關節ノ運動障礙

現病歴：生後直チニ四肢ニ運動障礙ガアルコトニ氣ガ付イタ。機嫌ハ頗ル良ク、今日マデ發熱等ハ全クナイ。出産ハ滿期安産、異常位置ハナカツタ。

家族歴：近親ニ此ノ様ナ疾患ヲ證明セズ。

現 症：頭部、顔面ニ畸形及神經ノ麻痺症狀ヲ認メズ。特ニ斜視ナシ。大、小患門ハ尙開大シテキル。頸ハ幾分短ク見エル。胸部ニ特ニ異常ナク心臓、肺臓モ正常デアル。肋骨ニ念珠ヲ認メズ。腹部ハ一般ニ膨大シテキルガ異常ノ硬結、抵抗ヲ觸レズ。只正中線部ニ於テ直腹筋離開シ、臍ハ「ヘルニア」狀ヲ呈シテキル。生殖器ニ異常ナシ。脊柱ニ側彎、異常後彎及強直ヲ認メズ。臂筋ノ發育ガ不良ト思ハレル。

左上肢：患者ニ背位ヲトラセ、肢位ヲ見ルニ、肩胛關節ニ於テ幾分外轉シ、肘關節ヲ眞直ニ伸展シ、腕關節ハ約直角ニ屈曲セシメ、且ツ幾分内轉位ヲツツテキル。即チ肩ヨリ腕關節マデハ肘關節ヲ中心トシテ特有ノ輕度ノ紡錘狀ヲ呈シ、一本ノ棒ノ様デアル。手掌ハ上肢及身體ノ他ノ部分ニ比較シテ小サク、手指モ又其ノ短小ナコトが目立ツ。拇指ハ甚ダ強ク内轉シ、少シク屈曲位ヲトリ、爲ニソノ先端ハ第IV指ノ根部ニ達シテ

キル。他ノ4指ハ各關節ニ於テ曲屈シテキル。尙特異ナコトハ、上肢ハ前記ノ如ク肘關節ヲ眞直ニ伸展シテキル他、強度ノ廻前位ヲトリ、且ツ肩胛、肘、腕及手指ノ各關節部ニ於テ殆ンド皺襞ガナク、一見シテ皮膚面積ニ餘裕ノ乏シイコトヲ思ハシメル（正常人ナレバ、皮膚ニ多少ノユトリガアリ、幾分ナリトモ皺襞ガアルベキデアル）。次ニ各關節ノ機能状態ヲ診ルニ、他動的ニ、肩胛關節ニ於テハ外轉ハ70度迄、前方舉上並ニ側方舉上ハ共ニ90度迄可能デアル。即チ相當度ノ運動障礙ガアル。肘關節ハ伸展位ヨリ屈曲セシメルコトハ全く不能デアル。腕關節モ亦原位ヨリ伸展、屈曲總テ不能デアル。拇指ノ外轉モ亦不能デアツテ、他ノ4指ノ運動モ強度ニ制限セラレ約10度ノ運動範圍シカ有シテキナイ。

右上肢：左上肢ト殆ンド同様デアル。

左下肢：各關節ニ於テ皺襞ノ乏シイコトハ上肢ト同様デアル。肢位ヲ診ルニ、股關節ニ於テハ幾分外轉、屈曲、外旋シ、膝關節ハ約130度ノ屈曲位ヲトリ、足關節ハ尖足位、多少内翻セシメテキル。膝蓋骨ハ存在ス。大腿部ノ筋肉ノ發育ハ良好デアルガ、下腿ハ稍々萎縮シテキル。足及趾ノ大サハ略正常デアル。但シ跟部ノ後方突出度ガ幾分強イカト思ハレル。機能ハ、股關節ノ外轉ハ殆ンド全く不能、内轉ハ可能デアルガ制限セラレテ居リ、内旋、外旋モ障礙サレテキル。即チ強度ノ攣縮ヲ呈シテキル。膝關節ハ殆ンド強直状態デ、運動ハ不能デアル。足關節ハ伸展ハ殆ンド不能デアルガ、屈曲ハ約5度可能デアル。趾ノ關節ニハ攣縮ヲ認メズ。

右下肢：大體左側ニ似テキルガ、肢位ニ於テ、足關節ハ單ニ尖足位ノミデアル。機能ハ、股關節ニ於テ屈曲ガ左側ヨリ良ク行ハレ約90度迄可能デアリ、膝關節ハ約80度迄屈曲シ得ル。足關節ハ屈曲ハ不能デアルガ伸展ハ稍可能デアル。趾ノ運動ハ殆ンド正常デアル。即チ右下肢ハ左下肢ニ比シテ運動障礙ハ輕度デアル。

以上ヨリ本例ハ明カニ先天性多發性關節強直デ比較的稀ナ疾患デアルカラ、コノ報告スル次第デアル。尙、本例ハ入院後「マツサージ」、他働運動及腕關節ノ副木矯正ニ依リテ、各關節ニ未ダ相當強度ノ攣縮ガアルガ、入院時ニ比較スレバ大イニ效果ノ見ルベキモノガアリ、尙治療ノ續行ニ依リテ成績ノ向上ヲ期シ得ルモノト信ジテキル。

### リットル氏病ニ對スルフエルステル氏手術ノ1例

三 好 爲 一 (京都外科集談會昭和14年3月例会所演)

患 者：21歳ノ男子

主 訴：歩行障礙

現病歴：生來下肢ニ形態異常存シ、7歳ニシテ歩行シ始メタガ、現在モ杖ヲ使用シテキル。

家族歴：特記スベキモノナシ。

現 症：體格小、榮養中等、脈搏尋常、呼吸安靜。顔貌ハ稍々痴鈍型。血液、尿所見ニハ異常ヲ認メズ。

局所所見：下肢ハ股關節ニ於テ屈曲、膝關節ハ屈曲、内旋セシメ且著明ナX脚ヲ示シ、足ハ著シイ尖足内翻位ヲ示ス。運動ハ自働ノモ他働ノモ甚シク制限セラレ、即チ股關節ニ於ケル屈曲、廻旋、内外轉ハ強度ニ制限セラレ、特ニ外轉制限ハ甚シク、膝關節ノ完全屈伸ハ不能デアツテ、足關節ノ屈曲、内外轉モ制限サレテキル。腱反射ヲ診ルニ、膝蓋腱反射、「アキレス」腱反射ハ異常ニ亢進シ、膝蓋搦搦ハ證明セヌガ、足搦搦ハ著明、歩行後ニハバビンスキー氏現象ヲ證明ス。歩行ハ杖ヲ用ヒナケレバ僅カノ歩行ニモ堪ヘズ、足尖ニテ歩ミ、歩幅小サク痠痺様、膝部ハノノ正中側ニ於テ屢々衝突ス。上肢ハ全體トシテ僅カニ内轉シ、肘關節ニテ屈曲ス。指關節ノ屈曲ガ稍制限サレテキル以外、運動ニハ異常ヲ認メズ。但シ、下肢程著明デハナイガ、上肢ノ運動モ痠痺性デアリ、腱反射モ總テ亢進ス。上下肢共ニ知覺異常ハ證明セズ。

緊張測定器ニ依ル下肢筋緊張測定：下肢表在性筋ノ緊張ヲ測定シタ結果平均33、對照(20歳ノ男子)ニ比シテ1.54大。但シ、筋緊張ト脊髄ノ高サトノ間ニ特別ノ關係ハ見出シ難ク、伸筋緊張ト屈筋緊張、大腿筋緊張ト下腿筋緊張トノ間ニ認ムベキ差異ヲ證明サレナカツタ。

診 斷：痙攣性小兒性兩側麻痺，即チリツトル氏病。

手 術：痙攣性麻痺ニ對シ，脊髓反射弓ノ一部タル脊髓後根切除術，即チフエルステル氏手術ヲ行フ。第Ⅱ腰椎ヨリ第Ⅲ薦椎ニ互ツテ脊椎ハ切除ヲナシ，硬膜ヲ開イテ，脊髓ヲ露出セシメ，兩側ノ腰髓第Ⅲ，第Ⅴ，薦髓第Ⅱニ相當スル後根ヲ約2糎宛切除ス。

術後経過：創ハ第Ⅰ期治癒ヲ營ミ，術後第12日目ノ今日迄排尿，排便障碍ナク，術後下肢ノ一部ニ存シタ知覺異常モ今ハ全ク消退シ，起座ハ尙不能ナルガ，股關節ニ於ケル外轉障碍，足ノ尖足内轉位，内外轉ノ障碍以外ハ殆ド他動的運動ハ尋常ナル。自働運動ハ未ダ不充分ナルガ，股關節，膝關節ノ屈曲可能，膝關節ヲ伸展シタ儘下肢ヲ約15度舉上シ得ル。

尙特記スベキハ，術前ニ著明ニ存シタ下肢各關節ニ於ケル他働運動時ノ抵抗ハ著シク緩解シ，筋緊張度ハ平均31.2ヲ示シ，正常或ハ正常以下トモ言フベキ價ニ達シタコトナル。フエルステル氏手術ノ效果ニ就テハ本患者ハ術後日尙淺ク，後療法ヲ長期ニ互ツテ熱心ニ行フ事ガ重要ナルト考ヘル。

## 彈撥膝ノ1治驗例

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和14年2月例会所演)

患 者：15歳，男 (昭和14年24/I 入院)

主 訴：左膝部ノ倦怠感及運動時ニ於ケル彈撥音

現病歴：昭和14年9月(約4ヶ月前)ヨリ何等外傷等ノ誘因ナクシテ左膝關節ノ運動ニアタリ倦怠感アリ。且屈伸ニアタリ彈撥音ヲ感ズルモノノ際別ニ疼痛ナシ。而シテ其後稍々ソノ度ヲ増加シテ現在ニ至ル。

既往症：生來健康ニシテ膝關節部ニ外傷ヲウケタルコトナシ。

遺傳歴：著明ナルモノナシ。

入院時所見：體格，骨格中等，榮養佳良，脈搏ハ整調，1分時約80，胸，腹部臓器ニ異常ナシ。

局所所見：左下肢稍々外旋，萎縮ナシ，Spinamalleolendistanz 左右共75cmニシテ長短ナシ。左膝關節ヲミルニ位置正常，皮膚發赤，靜脈怒張ナシ。膝蓋骨ハヨク移動セシメ得。左膝關節ヲ屈曲セシメルニ40°ニテ著明ナル彈撥音ヲ發シ屈曲ハ之ヲ越エテ正常ニ行ハル。伸展セシメルニ120°ニテ同様ナル彈撥音ヲ發シ正常ニ180°マデ伸展シ得。患者ヲ膝關節ニテX脚ノ位置ヲトラシメル時ハソノ彈撥音ハ強度トナリ，又患者ヲ側臥位トシテ患肢ヲ下ニスル時ハ患肢ヲ上ニスル時ヨリ彈撥音強シ。又患肢ヲO脚ノ位置ヲトラシメル時ハ彈撥音ハ手掌ニ感ズル程度ナリ。

上線検査：左膝關節ヲ一度屈曲シテ彈撥セシメ，次ニ120°ノ位置ニテ正ニ彈撥セントスル直前ト彈撥セル直後トヲ撮影スルニ關節間隙ハ前者ハ後者ヨリ廣ク殊ニソノ左側半ハ約1倍半ナリ。左膝關節デハソノ左側前面ニ於テ拇指頭大軟骨様硬ノ突出物ヲ40°ノ位置ニ觸ル。即チ何物カガコノ位置ニ嵌入シ，120°ニテ前述ノ突出物が逸脱整復サルレモノト考ヘラル。

手 術：左膝蓋骨ノ外側ニテソノ外側緣ヲ去ル1横指ノ部ニ5糎ノ切開ヲ加ヘ，關節囊ニ達シ膝關節ヲ屈曲シテ彈撥セシメルニ，コノ部ガ關節内ニ嵌入スル如ク，凹ムヲ認メタリ。此ノ部ノ關節囊ヲ開キ，切開創ノ附近ニ於テ外側Lメニスクス<sup>1</sup>ノ滑脱スルヲ認メタルヲ以テ少シク切除シテ關節腔ヲ見ルニ外側Lメニスクス<sup>1</sup>ハ著シク大トナリ，彈撥ニアタリ屈曲時ニ嵌入シ，伸展時ニ整復サレルヲ認メタリ。依テ外側Lメニスクス<sup>1</sup>ノ後部大部分ヲ切除シタルニモハヤ彈撥音ナシ。十字靱帶ニハ異常ナシ。依テ創ヲ縫合シテ手術ヲ終ル。術後経過：順調ニシテ10日目ニ拔糸，創ハ第Ⅰ期癒合ヲナシ，術後23日ニテ全治退院セリ。

考 察：彈撥膝ニハ内側Lメニスクス<sup>1</sup>ノ參與スルモノ少ク，多クハ外側Lメニスクス<sup>1</sup>ガ彈撥機轉ニ參與スルモノナリ。コノ外，硬結肥厚セル關節囊ノ一部ガ彈撥ヲ起スコトアリ。前者ハ

Meniscusform, 後者ハ Condylcapsuläre Form ト云ハル。本例ハ Meniscusform ニシテ外側「メニスクス」ニヨルモノナリ。且病歴ヨリミルニ外傷性ノモノナラズ, 特發性ノモノナリ。

治療ニハ「メニスクス」ヲ切除スル外, 伸展整復セシメタル後, X-脚ノ位置ニテ固定スル方法が行ハル。

## 臨床診断ト手術所見

### 腸間膜動脈性十二指腸閉鎖ノ1例

吉 岡 忠 夫 (京都外科集談會昭和14年2月例會所演)

患 者: 19歳ノ男子 (昭和14年29/I 入院)

主 訴: 嘔吐及ビ腹痛

現病歴: 昭和13年5月冷飲料ヲトリシ所, ソノ翌日午前2時頃上腹部ニ膨滿感アリ, 同時ニ劇烈ナル痙痛ヲ來シ, 上腹部ニ振水音ヲ感ゼリ。以來排便, 「ガス」排出ナク, 藥劑ヲ飲ンダ所惡心アリ, 大量ノ嘔吐ヲ來セリ。吐物ハ綠色水様ニテ粘液ヲ含ミ食物殘滓ヲ混ゼリ。ソノ翌朝午前8時頃ニ至ル迄惡心, 嘔吐ハ頻繁ニ現レ, 苦痛ハ消散セリ。カゝル發作ハ6月, 7月, 8月ニ1回宛現ハレタリ。9月, 10月ニハ各2回現ハレタルモ, 11月, 12月ニハカゝル發作ハ現ハレズ。發作時ニハ患者ハ劇痛ノ爲轉輾反側シ, 膝肘關節位ヲトルコトニヨリ苦痛ガ輕減サレルコトハ認メズ。本年1月初旬ヨリ咳嗽, 瘦削及輕度ノ體溫上昇アリ, 脂肪ニ富ム食物ヲトリシ所, 27/I (入院前3日) 午後3時頃急ニ臍部ニ劇烈ナル痙痛ヲ來シ, 同時ニ惡心, 嘔吐アリ。吐物ハ大量ニシテ食物殘滓及粘液ヲ混ズル膽汁性ノ液ナリ。熱感ナシ。以來排便, 「ガス」排出ナク, 腹部ハ膨滿シ惡心ハ頻繁ニ現ハレ, 嘔吐ハ1日5回位アリ。吐物ハ大量ニシテ性質ハ前ニ同ジ。本院ニ入院セル日ノ午前中ニ家ニテ「ヒマシ」油ヲ飲ミシガスベテ嘔吐セリ。コノ外ニハ發病以來, 經口ノ何物モトラズ。排便ハ本發作前1時間ニ普通便アリシノミ。

既往症: 3年前左側滲出性肋膜炎ニテ3ヶ月就床セリ。生來虛弱ナリ。

遺傳歴: 父ニ腦溢血アリタル外著明ナルモノナシ。

入院時所見: 體格中等, 骨格纖弱, 榮養衰へ, 皮膚ハ蒼白, 脈搏ハ整調, 1分時100, 緊張稍々不良, 左肺ニテ後下方ニ濁音アリ。濕性羅音アル外胸部臟器ニ異常ナシ。肺肝境界ハ右乳線上第VI肋間ナリ。

局所所見: 腹部ハ上腹部ヨリ臍ノ下方3横指ニ至ルマデ膨隆シ, 臍ノ下方ヨリ右上ニ向フ蠕動不穩ヲ證明ス。皮膚發赤, 靜脈怒張ナク, 搏動性運動ナシ。觸診スルニ腹壁緊張ナク, 腫瘍ヲ觸レズ。臍部ニ輕キ壓痛アリ。腸雜音ハ臍ノ右方ニテ有響性ナリ。膨隆部ニハ振水音著明ナリ。Blumberg氏症狀ナク, MacBurney氏點ニ壓痛ナシ。直腸膨大部ハ擴張セズ。腫瘤, 壓痛, 熱感ナシ。

血液所見: 赤血球數350萬, 血色素量60(ザリー), 白血球數ハ9,600, 血液像ハ中性多核白血球70%, 大淋巴球10%, 小淋巴球17%, 單核及移行型3%ニテ著變ナシ。

尿所見: 導尿スルニ約5ccノ尿ヲ得タリ。黃褐色半透明ニシテ蛋白陽性, 沈渣ニハ白血球ヲ證明スルモ大腸菌ナシ。直チニ胃洗滌ヲ行フニ約1立ノ綠色, 膽汁性ノ液ヲ得タリ。

ニ線検査: 腹部單純撮影ヲ行フニ右季肋下ニ於テ肋骨弓ニ沿ヒテ右下ニ到リ第IV腰椎ノ中央ノ高サニテ左上ニ向フ「ガス」像ヲ證明ス。陰影ハ下部ニ至ル程ソノ直徑ヲ増加シ, 明瞭ナル Kerckring 氏皺襞ヲ示シ明カニ十二指腸ノ下行部及ビ下部ノ「ガス」ニヨル膨滿ヲ知ル。小腸ノ「ガス」陰影ナク, 下行結腸ニハ「ガス」ヲ證明スルモ正常ニシテ只十二指腸ノ異常擴大アルノミ。検査ハ背臥位ニテ行ハレ鏡像ナキモ, 十二指腸空腸彎曲部ニ通過障礙アルコトハ推知サル。胃ノ「ガス」ナク, 異常擴大ナシ。